

EVALUASI PELAYANAN MANAJEMEN TERPADU BALITA SAKIT TERHADAP KESEMBUHAN PNEUMONIA PADA ANAK BALITA

EVALUATION ON STANDARD INTEGRATED MANAGEMENT OF CHILDHOOD ILLNESS SERVICES TOWARD THE RECOVERY OF UNDER-FIVE PNEUMONIA

Nurhayati¹, Djaswadi Dasuki², Tunjung Wibowo³

¹Dinas Kesehatan Kabupaten Bungo

²Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat, FK UGM, Yogyakarta

³Bagian Ilmu Kesehatan Anak, RSUP. Dr. Sardjito, Yogyakarta

ABSTRACT

Background: Infant and under-five children mortality remains a major problem in Indonesia, especially caused by infectious diseases such as pneumonia. Based on the 2002-2003 Indonesia's Demographic and Health Survey, infant and under-five mortality rates are 35 per 1000 live births and 46 per 1000 live births, respectively. Nationally, Health Office has implemented Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) in primary health centers (PHCs) since 1997 to improve the coverage of pneumonia finding in under-five children. In 2005, infant mortality rate in Jambi Province was still high, that is, 41 per 1000 live births while infant mortality rate in Bungo District was 93 per 6108 live births 15,2%. Each year, there are 9 babies and 1 under five child that die and for the average there is one under five child (10%) who die because of pneumonia. In other words, there are three under five children who die every year in primary health center due to pneumonia. To avoid the death of infant and under five children, primary health center should implement standard IMCI program, yet in field it has still been facing obstacles and constraints.

Objective: To investigate the results of standard IMCI service toward the recovery of under-five pneumonia in primary health centers of Bungo District in 2007.

Method: This was a prospective cohort study. Sampling technique was purposive sampling. There were two groups in this study, namely case group which was exposed with the standard IMCI service and group which was exposed with non standard IMCI service. One hundred and twenty-four subjects were under-five children 2 months-5 years of age presenting pneumonia with $\alpha = 0.05$ and $\beta = 20\%$. Data were analyzed with univariable, bivariable, and multivariable analyses logistic regression and hypothesis test used was chi-square with $p < 0.05$, CI 95%.

Results: There was a significant relationship between the standard IMCI service, the distance to the PHC and the mothers' education and the recovery of under-five pneumonia (OR=3.14 CI 95%=1.59-6.21 $p=0.00$; OR=1.68 CI 95%=1.09-2.57 $p=0.00$; OR=0.57 CI 95%=0.35-0.92 $p=0.02$, respectively). However, family income had an insignificant relationship with under-five pneumonia.

Conclusion: The standard IMCI services have a greater chance toward the recovery of under-five pneumonia compared to non standard IMCI services.

Keywords: services, standard, IMCI, recovery, pneumonia, under-five children

PENDAHULUAN

Angka kematian bayi dan anak masih menjadi masalah yang serius secara global terutama di Negara yang sedang berkembang termasuk di Indonesia. Dari data Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2002-2003 didapat angka kematian bayi 35 per 1000 dan angka kematian balita (AKABA) 46 per 1000 kelahiran hidup.¹ Sebagian besar kematian tersebut atau hampir 12 juta anak meninggal sebelum usia lima tahun dan (70%) di antaranya disebabkan karena penyakit infeksi, ISPA, diare, malaria, kekurangan gizi dan campak dengan komplikasinya atau gabungan dari penyakit itu.²

Upaya *World Health Organization* (WHO) untuk menurunkan angka kematian dan kesakitan secara

global adalah mengenalkan *Sick Child Initiative* (SCI) atau *Integrated Management of Childhood Illness* (IMCI) yaitu langkah-langkah pengambilan keputusan dalam mengelola anak balita sakit.³ Dalam usaha meningkatkan cakupan penemuan dan meningkatkan tatalaksana pneumonia pada anak balita Depkes telah menerapkan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) di Unit Pelayanan Kesehatan Dasar.⁴

Pada tahun 2015 yang akan datang Indonesia akan menurunkan angka kematian dua pertiganya atau sekitar 31 per 1000 kelahiran hidup tertuang dalam Tujuan Pembangunan Milenium (*Millennium Development Goals/MDG*).⁵ Survei Kesehatan Rumah Tangga, SKRT⁶ menunjukkan 36% kematian anak balita akibat pneumonia. Hal ini didukung data

dari WHO dengan data kurang lebih 13 juta anak balita di dunia meninggal setiap tahunnya 95% kematian tersebut terjadi di negara yang sedang berkembang.

Data mortalitas Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) tahun 1995 menunjukkan bahwa pneumonia merupakan penyebab kematian nomor dua pada bayi yaitu 20,9% dan penyebab kematian nomor satu pada balita yaitu sebesar 21,9%. Hal ini diperkuat hasil SKRT tahun 1997 menunjukkan bahwa prevalensi pneumonia untuk Bali-Jawa sebesar 8%. Untuk luar Jawa-Bali sebesar 10% dengan kelompok umur 6-11 bulan terbanyak.⁷

Penyakit pneumonia merupakan salah satu masalah utama kesehatan masyarakat. Kejadian pneumonia pada balita di Indonesia diperkirakan 10% sampai 20% berakibat kematian setiap tahun. Secara teoritis penderita pneumonia akan meninggal bila tidak diberikan pengobatan secara optimal. Diperkirakan akan terdapat 250.000 kematian anak balita akibat pneumonia setiap tahun.⁴

Di Provinsi Jambi angka kematian bayi masih lebih tinggi dari angka kematian nasional yaitu 41 per kelahiran hidup.¹ Dari data laporan profil Dinas Kesehatan Kabupaten Bungo Provinsi Jambi angka kematian bayi 3 tahun berturut-turut dapat menunjukkan penurunan kematian bayi dan anak balita yaitu pada tahun 2003 ada 154 orang dari 5781 kelahiran hidup sebesar 26,6%, tahun 2004 ada 112 dari 6066 kelahiran hidup atau 18,5% dan tahun 2005 ada 93 orang dari 6108 kelahiran hidup yaitu 15,2%.⁸ Penyebab kematian bayi dan anak balita tersebut disebabkan penyakit utama yaitu diare, campak, malaria, malnutrisi, ISPA dan pneumonia.

Data Profil Dinas Kesehatan Bungo⁸ menyebutkan tentang 10 besar penyakit yang terdapat di 11 Puskesmas dalam wilayahnya antara lain ISPA menduduki urutan pertama terdapat di 7 Puskesmas sebesar 64% dimana didalamnya terdapat penyakit pneumonia. Ada 9 orang bayi dan anak balita meninggal setiap tahun, rata-rata setiap bulan ada 1 orang bayi dan anak balita meninggal sekitar 10% meninggal disebabkan penyakit pneumonia. Dengan kata lain rata-rata ada 3 bayi dan anak balita yang meninggal setiap tahun di setiap Puskesmas di sebabkan pneumonia.⁸

Untuk mengatasi kematian bayi dan anak balita, Puskesmas melaksanakan program MTBS yang standar. Hal ini masih mengalami kendala di lapangan, salah satu faktor penyebab masih

kurangnya: 1) pengetahuan; 2) keterampilan; dan 3) pengalaman petugas di pelayanan kesehatan dasar/Puskesmas dalam menangani bayi atau anak balita yang sakit secara optimal. Hal ini memerlukan waktu dalam memberikan pelayanan yang lengkap dan berkesinambungan, juga membuat pencatatan serta pelaporan dari Puskesmas ke Dinas Kesehatan Kabupaten.

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Jenis penelitian ini merupakan observasional dengan rancangan kohort prospektif untuk mengetahui hubungan antara paparan pelayanan MTBS yang standar dengan pelayanan MTBS yang tidak standar terhadap kesembuhan pneumonia pada anak balita. Sampel diperoleh secara purposif. Kedua kelompok berasal dari satu populasi dengan karakteristik yang sama tetapi tingkat perlakuannya berbeda. Kemudian dibandingkan peluang kesembuhan pneumonia pada balita yang mendapatkan pelayanan MTBS standar dengan yang mendapatkan pelayanan MTBS yang tidak standar di Puskesmas.

Besar sampel dihitung agar dapat mewakili atau representatif terhadap populasi, sesuai kriteria dan jumlah yang telah ditetapkan. Berdasarkan perhitungan rumus, penelitian ini menetapkan jumlah sampel 62 anak balita kelompok pertama pneumonia yang mendapat pelayanan MTBS yang standar dan kelompok ke dua 62 balita pneumonia dengan pelayanan MTBS yang tidak standar, jadi total sampel 124 anak balita.⁹

Instrumen penelitian dengan memakai kuesioner yang dirancang peneliti berdasarkan modifikasi dari bagan MTBS dan buku register KIA. Analisis data dilakukan secara bertahap yaitu analisis univariat, bivariat dengan uji *Chi Square* ($p < 0,05$) dan perhitungan Tabel 2x2 serta analisis multivariat regresi logistik.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

1. Karakteristik subjek penelitian

Jumlah sampel penelitian ini sebanyak 124 anak balita yang terdiri dari 62 anak balita yang mendapat pelayanan MTBS sesuai standar dan 62 anak balita yang mendapatkan pelayanan MTBS yang tidak standar. Karakteristik subjek penelitian dilihat dari masing-masing sampel berdasarkan variabel penelitian yang dilakukan meliputi pendidikan ibu, jarak ke Puskesmas dan penghasilan keluarga,

Pada analisis univariabel menggambarkan distribusi frekuensi tentang karakteristik anak balita pada penelitian ini, masing-masing variabel dikelompokkan berdasarkan data yang menunjukkan persentase kesembuhan pneumonia pada anak balita lebih besar 69,3% dan persentase anak balita yang tidak sembuh 30,7%. Selanjutnya bagi anak balita pneumonia yang dinyatakan tidak sembuh langsung dirujuk ke RSUD Kabupaten.

Kelompok ibu yang pendidikan rendah 69,4% dan pendidikan ibu tinggi 30,6% sedangkan penghasilan keluarga yang kategori rendah 56,5% dan penghasilan keluarga yang kategori tinggi 43,5%. Jika dilihat jarak ke Puskesmas yang kategori jauh 37,9% dan jarak ke Puskesmas yang kategori dekat 62,1%.

2. Analisis bivariabel

Untuk mengetahui besar peluang untuk sembuh pada anak balita penderita pneumonia berdasarkan paparan pelayanan MTBS yang standar dan pelayanan MTBS yang tidak standar dilakukan analisis bivariabel menggunakan uji *chi-square* untuk mengetahui ada tidaknya hubungan antara dua variabel dengan penghitungan Tabel silang 2x2.

Berdasarkan Tabel 1 dari analisis bivariabel dapat diketahui bahwa pelayanan MTBS yang standar dapat memberikan peluang terjadinya kesembuhan pneumonia pada anak balita 3,75 kali jika dibandingkan kesembuhan anak balita pneumonia dengan pelayanan MTBS tidak standar, dengan 95% CI (1,87-7,52). Variabel lain yang bermakna terhadap peluang terjadinya kesembuhan pneumonia pada anak balita adalah pendidikan ibu tinggi yang mempunyai peluang 1,72 kali untuk terjadinya peluang sembuh dengan 95% CI (1,02-2,87). Variabel jarak ke Puskesmas yang kategori dekat mempunyai hubungan bermakna dengan kesembuhan pneumonia dengan hasil 0,35 95%CI (0,21-0,62), sedangkan variabel penghasilan keluarga tidak mempunyai hubungan bermakna dengan kesembuhan pneumonia pada anak balita dengan nilai 0,95 dan 95% CI (0,55-1,61).

3. Analisis multivariabel

Dalam Tabel 1 analisis multivariabel dilakukan bertujuan untuk menindaklanjuti analisis bivariabel yang telah dilakukan sebelumnya. Analisis multivariabel adalah analisis untuk melihat hubungan antara pelayanan MTBS yang standar dan pelayanan

Tabel 1. Hasil analisis bivariabel dan multivariabel pelayanan MTBS terhadap kesembuhan pneumonia anak balita di Puskesmas

Variabel	Bivariabel		RR (CI 95%)	Multivariabel	
	Sembuh (%)	Tidak sembuh (%)		Model 1	Model 2
Pelayanan MTBS					
Standar	30(48,4)	32(51,6)	3,75(1,87-7,52)* 1	3,75(1,87-7,52)* 1	3,14(1,59-6,21)* 1
Tidak Standar	8(12,9)	54(87,1)			
Pendidikan Ibu					
Tinggi >= SLTA	16(43,2)	21(56,8)	1,72(1,02-2,87)* 1	-	1,68(1,09-2,57)* 1
Rendah <= SLTP	22(26,8)	65(73,2)			
Jarak ke Puskesmas					
Dekat < 2 km	14(18,2)	63(81,8)	0,35(0,21-0,62)* 1	-	0,57(0,35-0,92)* -
Jauh > 2 km	24(51,1)	23(48,9)			
Penghasilan keluarga					
Tinggi > Rp750.000,00	16(42,1)	22(57,9)	0,95(0,55-1,61) 1	-	-
Rendah < Rp750.000,00	38(44,2)	48(55,8)			
N				124	124
-2 Log likelihood				133,56	117,06
LR χ^2 Perubahan				-	12,08
χ^2 Tabel (df)				-	5,99(2)
df				1	3
R ²				0,12	0,23

MTBS tidak standar dengan kesembuhan pneumonia pada anak balita disertai dengan mengontrol variabel pengganggu yang meliputi pendidikan ibu dan jarak ke Puskesmas.

Pada model satu setelah dianalisis secara multivariabel dapat diketahui bahwa pelayanan MTBS yang standar dengan nilai OR 3,75 hal ini memberikan pengaruh yang signifikan terhadap peluang kesembuhan pneumonia pada anak balita.

Model dua secara statistik bermakna dengan perhitungan selisih -2 log likelihood dan derajat bebas yaitu LR χ^2 perubahan (χ^2 hitung =12,08) dan (χ^2 Tabel =5,99) dengan kata lain χ^2 hitung lebih besar dari χ^2 Tabel berarti secara statistik bermakna. Analisis ini dapat disimpulkan bahwa peluang kesembuhan pneumonia anak balita pada kelompok yang mendapatkan pelayanan MTBS yang standar lebih tinggi atau 3,14 kali dibandingkan dengan kesembuhan pneumonia pada anak balita yang mendapatkan pelayanan MTBS yang tidak standar dengan nilai $p < 0.00$.

Pada model dua tersebut dibuat dengan memasukkan variabel yang secara statistik bermakna dengan nilai $p < 0.05$ yaitu variabel jarak ke Puskesmas dan variabel pendidikan ibu yang mempunyai korelasi dengan variabel dependen/ terikat. Analisis ini dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan kesembuhan pneumonia anak balita pada kelompok yang mendapatkan pelayanan MTBS yang standar dengan kelompok yang mendapatkan pelayanan MTBS yang tidak standar.

Sementara hasil yang didapat pada kesembuhan pneumonia anak balita pada variabel jarak ke Puskesmas dengan perbedaan dekat dan jauh mempunyai peluang 0,57 kali secara statistik bermakna dengan nilai $p < 0.02$ dan hasil pada kesembuhan pneumonia anak balita yang ibunya berpendidikan tinggi dengan ibu yang berpendidikan rendah 1,68 kali dengan nilai $p < 0.02$.

Kesimpulan yang diambil dari permodelan ini adalah bahwa model dua terdapat interaksi antara beberapa variabel yang dapat mengubah pengaruh satu variabel sesuai dengan tingkat variabel lain dengan nilai R^2 0,23 yang artinya pada model dua terdapat tiga variabel yang dianalisis secara multivariabel yaitu variabel pelayanan MTBS, pendidikan ibu balita dan jarak ke Puskesmas memberikan kontribusi 23% terhadap kesembuhan pneumonia pada anak balita dan sisanya 77% pada variabel lain yang belum atau tidak diteliti.

Dalam penelitian ini peneliti memilih model yang baik dan efektif dalam analisis multivariabel adalah model dua dengan peningkatan peluang untuk sembuh 3,14 kali bila anak balita pneumonia mendapatkan pelayanan MTBS yang standar di Puskesmas.

4. Stratifikasi variabel pengganggu

Stratifikasi bertujuan untuk mengelompokkan subyek dalam strata setelah data terkumpul merupakan cara yang lazim dilakukan untuk mengetahui faktor perancu. Teknik statistik yang sering digunakan pada stratifikasi adalah statistik *Mantel-Haenszel* (Tabel 2).

Tabel 2. Stratifikasi pelayanan MTBS dengan kesembuhan pneumonia pada anak balita

Variabel	Kesembuhan pneumonia		RR (CI 95%)	RR Crude (CI 95%)	RR M-H (CI 95%)	% Perub
	Sembuh n %	Tidak Sembuh n %				
Pendidikan Tinggi						
Standar MTBS	14 (87,5)	4 (19,1)	7,39 (1,95-28,1)	3,75 (1,87-7,52)	3,76 (1,88-7,56)	0,27
Tidak Standar MTBS	2 (12,5)	17 (80,9)				
Pendidikan Rendah						
Standar MTBS	6 (27,3)	37 (56,9)	2,61 (1,13-6,03)			
Tidak Standar MTBS	16 (72,3)	28 (43,1)				
Jarak Dekat						
Standar MTBS	22 (81,5)	10 (43,5)	2,95 (1,48-5,87)	3,75 (1,87-7,52)	2,86 (1,58-5,18)	23,7
Tidak Standar MTBS	7 (18,5)	23 (56,5)				
Jarak Jauh						
Standar MTBS	16 (66,7)	13 (56,5)	1,24 (0,67-2,29)			
Tidak Standar MTBS	8 (33,3)	10 (43,5)				

Variabel yang dianggap menjadi variabel pengganggu bila ada selisih antara RR *crude* dengan RR M-H lebih dari 10%. Hasil uji stratifikasi pada Tabel 2 menunjukkan bahwa pendidikan ibu memiliki nilai RR *crude* = 3,75 dan RR M-H=3,76 dengan nilai perubahan sebesar = 0,027 (0,27%). Pendidikan ibu bukan merupakan modifikasi efek yang berarti tidak adanya perubahan pengaruh paparan pelayanan MTBS yang standar terhadap kesembuhan pneumonia pada anak balita akibat adanya interaksi antara paparan pada variabel ketiga dalam hal ini adalah variabel pendidikan ibu.

Variabel jarak ke Puskesmas memiliki nilai yang berbeda RR *crude* = 3,75 dan RR M-H = 2,86. Selisih nilai antara RR *crude* dan RR M-H sebesar = 0,237 (23,7%). Hal ini berarti bahwa jarak ke Puskesmas merupakan variabel pengganggu sehingga terjadi modifikasi efek terhadap kesembuhan pneumonia pada anak balita.

PEMBAHASAN

1. Pengaruh pelayanan MTBS dan kesembuhan pneumonia anak balita

Hasil univariabel didapat pelayanan MTBS yang standar memberikan pengaruh yang besar terhadap kesembuhan pneumonia pada anak balita yang berjumlah 86 orang (69,3%). Hal ini menunjukkan rekomendasi WHO cukup berhasil diadaptasi sesuai situasi di Indonesia.¹⁰

Berdasarkan hasil analisis bivariabel pelayanan MTBS yang standar terhadap kesembuhan pneumonia pada anak balita memberi peluang dengan nilai RR = 3,75 (1,87-7,52) dengan nilai $p=0,00$ dan analisis multivariabel 3,14 (1,59-6,21) dengan nilai $p=0,00$ secara statistik signifikan. Sesuai hipotesis penelitian yang menyatakan bahwa pelayanan MTBS yang sesuai standar pada anak balita pneumonia dapat meningkatkan status kesembuhan dibandingkan pelayanan MTBS yang tidak standar, yaitu keberhasilan kesembuhan pneumonia pada anak balita yang mendapatkan pelayanan MTBS yang standar lebih tinggi bila dibandingkan dengan keberhasilan kesembuhan pneumonia anak balita yang mendapat pelayanan MTBS yang tidak standar.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang telah dilakukan oleh Allow¹¹ bahwa kualitas pelayanan Puskesmas memiliki hubungan yang bermakna dengan status kesembuhan anak balita untuk lima penyakit yang ada di program pelayanan

MTBS yaitu penyakit ISPA, diare, campak, malaria dan malnutrisi dengan nilai $p<0,01$, nilai OR 3,73. Memberi makna bahwa peluang untuk kesembuhan anak balita yang mendapatkan kualitas pelayanan Puskesmas MTBS yang standar 3,73 kali bila dibandingkan kesembuhan anak balita yang mendapatkan pelayanan Puskesmas MTBS yang tidak standar.

Dari hasil penelitian yang telah dilakukan menunjukkan bahwa walaupun standar MTBS tidak didisain untuk semua kondisi pediatrik tetapi petugas kesehatan dapat melaksanakan standar MTBS dengan proporsi yang tinggi mengenai masalah-masalah klinis seperti yang dilakukan pada beberapa negara berkembang yaitu di Kenya 86%, Ethiopia 87% dan Uganda 93,5%.¹²

Hasil penelitian lain menunjukkan ada perbedaan proporsi kesembuhan pneumonia anak balita antara Puskesmas yang diintervensi dengan penerapan asuhan keperawatan 96,7% dan pada Puskesmas non intervensi 86,9), perbedaan ini bermakna secara statistik dengan nilai $p<0,04$.¹³

2. Pengaruh pendidikan ibu terhadap kesembuhan pneumonia pada anak balita

Berdasarkan hasil analisis univariabel dapat diketahui bahwa pendidikan ibu yang kategori rendah 87 orang (70,2%) dan pada analisis bivariabel didapat hasil RR=1,72 (CI 95% 0,02-2,87) dengan nilai $p=0,04$ dan hasil analisis multivariabel 3,14 (CI 95% 1,59-6,21) dengan nilai $p=0,02$ secara statistik signifikan. Dalam hal ini seorang ibu yang berpendidikan tinggi akan lebih mudah memahami informasi khususnya tentang kesehatan anak balita bila dibandingkan dengan seorang ibu yang pendidikan rendah. Hasil penelitian ini didukung oleh pendapat Notoatmojo¹⁴ yang mengatakan bahwa peningkatan pengetahuan akan mempengaruhi perilaku ibu terhadap kesehatan keluarga khususnya kesehatan pada anak balita di masyarakat¹⁴.

3. Pengaruh jarak ke Puskesmas terhadap kesembuhan pneumonia pada anak balita

Berdasarkan hasil analisis univariabel dapat diketahui bahwa proporsi jarak Puskesmas yang dekat dari tempat tinggal ada 77 keluarga (62,1%) dan pada analisis bivariabel didapat hasil RR=0,35 (CI 95% 0,21-0,62) dengan $p=0,00$ dan pada analisis multivariabel 0,57 (0,35-0,92) dengan $p=0,00$. Ada hubungan yang bermakna antara jarak ke

Puskesmas dengan kesembuhan pneumonia pada anak balita, ini dapat dipahami karena sarana, prasarana dan transportasi di daerah penelitian belum memadai terutama sarana transportasi angkutan darat dari desa ke Puskesmas belum diaspal, sehingga menjadi hambatan dan masalah dalam mengunjungi sarana kesehatan bagi penduduk di lokasi penelitian. Penemuan hasil ini didukung penelitian tentang kurangnya sarana transportasi dan jarak yang jauh dari tempat tinggal masyarakat ke Puskesmas serta jarak yang jauh antara Puskesmas dengan rumah sakit kabupaten dapat mempengaruhi tingkat keberhasilan kesembuhan pneumonia pada anak balita.¹⁵

4. Pengaruh penghasilan keluarga terhadap kesembuhan Pneumonia pada anak balita

Berdasarkan hasil analisis univariabel dapat diketahui bahwa penghasilan keluarga kategori rendah 70 keluarga (56,4%) dan pada analisis bivariabel didapat hasil $RR=0,95$ (CI 95% 0,55-1,61) secara statistik didapat hasil tidak signifikan $p = 0,82$. Tidak ada hubungan yang bermakna antara penghasilan keluarga dengan kesembuhan pneumonia anak balita, ini dimungkinkan status ekonomi yang tinggi belum tentu diikuti dengan perilaku ekonomi yang sehat dan efektif. Penelitian yang sama menunjukkan penghasilan keluarga tidak bermakna terhadap kejadian pneumonia pada anak balita di Kabupaten Kulonprogo.¹⁶

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Sesuai dengan hasil analisis dan pembahasan dari penelitian yang telah dilakukan, maka dapat disimpulkan bahwa pelayanan MTBS yang standar memberikan peningkatan peluang keberhasilan yang lebih tinggi dalam kesembuhan pneumonia pada anak balita dibandingkan dengan pelayanan MTBS yang tidak standar. Faktor lain yang mempengaruhi dalam peningkatan peluang keberhasilan kesembuhan pneumonia pada anak balita adalah pendidikan ibu balita dan jarak tempuh dari tempat tinggal ke pelayanan kesehatan dasar atau Puskesmas.

Saran

Pelayanan MTBS yang standar memberikan pengaruh yang tinggi terhadap kesembuhan penyakit

pada anak balita khususnya penyakit pneumonia, untuk mendapatkan hasil yang diharapkan dan optimal perlu adanya pelatihan dan penyegaran kembali bagi tenaga kesehatan khususnya tenaga kesehatan yang menangani langsung pelayanan MTBS di unit pelayanan dasar.

Pelatihan program MTBS harus dilaksanakan sesuai dengan pelatihan MTBS yang standar, untuk menjaga upaya pelaksanaan MTBS tetap standar perlu dilakukan *follow up after training* yang rutin. Tenaga kesehatan yang sudah mengikuti pelatihan pelayanan MTBS yang standar, wajib melakukannya di tempat tugas masing-masing secara benar dan berkesinambungan dengan sistem yang mengatur mulai dari perencanaan, pelaksanaan, *monitoring* dan evaluasi.

Bagi Puskesmas dan petugas MTBS khususnya yang tidak menerapkan pelayanan MTBS yang standar sebaiknya diarahkan untuk melakukannya secara berkesinambungan baik secara kuantitas maupun kualitas di Puskesmas dengan sistem peraturan yang mengikat dan yang telah disepakati bersama, jika tidak mematuhi akan ada penilaian angka kredit kurang atau kinerja kurang sehingga petugas tersebut tidak akan dapat angka kredit yang penilainya baik akibatnya kenaikan pangkat tidak tepat waktu.

KEPUSTAKAAN

1. Badan Pusat Statistik, ORC Macro. Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2002-2003, ORC Macro. Calverton, Maryland, USA. 2003.
2. Bern C, Zucker JR, Perkins BA, Otieno J, Oloo AJ, Yip R. Assessment of Potential Indicator for Protein – Energy Malnutrisi in the Algorithm for Integrated Management of Childhood Illness. Geneva. 1997
3. WHO – UNICEF. Integrated Management of the Sick Child, Geneva. 1995.
4. Depkes. Buku Bagan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS), Ditjen PPM & PL. Jakarta. 2004.
5. Widjojo P, Loetan S, Simatupang DS. Laporan Perkembangan Pencapaian Tujuan Pembangunan Millennium Development Goals (MDGs) Indonesia, Jakarta. 2004.
6. WHO. Acute Respiratory Infection in Children Case Management in Small Hospital in Developing Countries, A Manual For Doctor and Other Senior Health Workers, Geneva. 1990.

7. Djaja. Prevalensi Pneumonia dan Demam Pada Bayi dan Anak Balita, SKDI, 1997, Buletin Penelitian Kesehatan, 1998;26 (4).
8. Dinas Kesehatan Kabupaten Bungo. Profil Kesehatan Kabupaten Bungo. Dinkes Kabupaten Bungo, Bungo. 2005.
9. Lemeshow S, David WH, Janelle K. Besar Sampel dalam Penelitian Kesehatan, Gadjah Mada University Press. Yogyakarta, 1997.
10. WHO-UNICEF, IMCI Indikator, Monitoring and Evaluation: Departement of Child and Adolescent Health and Development chs/cah. 98. ik rev.11991. 1999.
11. Alow GBH. Hubungan Kualitas Pelayanan Puskesmas Standar MTBS Dengan Status Kesembuhan Anak Balita di Kabupaten Purworejo Jawa Tengah. Tesis, diajukan kepada Program Pascasarjana UGM, Yogyakarta. 2000.
12. Kolstad PR, Burnham, Kalter HD, Mugisha K, Black RE. The Integrated Management of Childhood Illness in Western Uganda, Bulletin WHO, 1997;75(1):77-85.
13. Yalla, Brienice SS. Pengaruh Penerapan Proses Perawatan Terhadap Kesembuhan Penderita Pneumonia di Puskesmas Rawat Inap Kabupaten Timor Tengah. 2001
14. Notoatmojo S. Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi, PT Renika Cipta. Jakarta. 2005.
15. Tawfik Y, Legros S, Geslin C. Evaluating Nigers Experiences in Strengthening Supervision, Improving Availability of Child Survival Drugs Through Cost Recovery and Initiating for Integrated Management of Childhood Illness (IMCI), BMG International Health and Human Rights, 2001;1(1).
16. Semedi. Faktor Resiko Kejadian Pneumonia pada Anak Balita di Kabupaten Kulonprogo, Tesis, diajukan kepada Program Pasca Sarjana UGM, Yogyakarta. 2001.